ITEM 162 : INFECTION GENITALE DE L'HOMME

URETRITE AIGUË

Germe : - ***Chlamydia trachomatis*** : intracellulaire, 10% de portage asymptomatique, évolution possible vers une forme chronique avec poussée intermittente → 1ère cause d'IST bactérienne
- ***Neisseria gonorreae*** = **gonocoque** : symptômes généralement plus marqués, guérison en quelques semaines
- Autre : co-infection (25%), ***Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma urealyticum***

- Incubation : 3 à 10 jours pour *Chlamydia* et 2 à 5 jours pour gonocoque, jusqu'à **6 semaines**
- FdR : **rapport non protégé** entre 3 jours et 6 semaines avant les symptômes, **partenaires multiples, atcds d'IST**

Diagnostic	C	**- Ecoulement urétral** : purulent, séreux, voire hémorragique, plutôt matinal, spontané (en dehors des mictions) - Signes associés : **brûlures mictionnelles, prurit canalaire, dysurie, pollakiurie** **- Apyrexie** **- TR + examen testiculaire** systématique : recherche de **prostatite** ou d'**orchi-épididymite** associée - **Localisation rectale** ou **oropharyngée** possiblement associée, surtout chez le patient homosexuel ou VIH + → Des symptômes marqués et un écoulement purulent sont en faveur d'une **infection à gonocoque** → Des symptômes plus discrets, voire absents, et un écoulement clair sont en faveur d'une **infection à *Chlamydia***
	PC	**- Prélèvement d'écoulement urétral à l'écouvillon** : sans désinfection préalable, > 2h après la dernière miction **- ECBU sur le 1er jet urinaire** en l'absence d'écoulement : **PCR** *Chlamydia*, gonocoque et *Mycoplasme*, **examen direct** (gonocoque, *Trichomonas*) et **culture** - Dépistage systématique d'autres IST : **sérologies VIH, VHB, syphilis**
TTT	**Antibio-thérapie**	= Probabiliste mono-dose : couvrant systématiquement les 2 germes - Gonocoque : - 1ère intention : **ceftriaxone** (500 mg IM/IV en 1 injection) - 2nd intention : **Céfixime** (500 mg *po* en 1 prise) si refus d'injection IM/IV **Spectinomycine** (1 g 1 injection IM) si allergie aux β-lactamine - *Chlamydia* : **azithromycine** (2 g *po* en 1 prise) ou **doxycycline** (200 mg/j *po* pendant 7 jours)
	Mesures associées	- **Abstinence sexuelle** ou port d'un **préservatif** jusqu'à guérison - Dépistage et traitement des partenaires
	Suivi	- Si symptômes persistant à J3 : **nouvelle consultation** pour **adaptation à l'antibiogramme** si besoin - **Consultation systématique à J7** : contrôle de la guérison clinique et microbiologique

ORCHI-EPIDIDYMITE AIGUË

Inflammation du testicule et de l'épididyme, le plus souvent d'origine infectieuse
Germe : le plus souvent 2ndr à une infection rétrograde déférentielle
- ***Chlamydia trachomatis*** ou **gonocoque** : transmission sexuelle, chez l'homme jeune
- **Entérobactérie, *S. aureus,* entérocoque** : origine urinaire rétrograde, chez l'homme âgé, favorisé par l'existence d'un obstacle sous-vésical (sténose urétrale, HBP), ou des manœuvres endo-urétrales (sondage, urétro-cystoscopie)
- Plus rarement hématogène : **oreillon, *Brucella*, tuberculose**
➝ Atteinte bilatérale dans 10% des cas

Diagnostic

C

- **Fièvre :** progressive ou brusque, d'intensité variable
- **Douleurs scrotales intenses** : irradiant le long du cordon, d'installation rapide mais non brutale
- **Signes inflammatoires locaux** (« grosse bourse aiguë douloureuse ») : oedémateuse, tendue, luisante, chaude
- **Epididyme augmenté de volume**
- **Nodule induré et douloureux** à la palpation de tout ou partie de l'épididyme (queue > tête)
- **Signe de Chevassu** négatif : disparition du sillon épididymo-testiculaire
- **Signe de Prehn** positif : douleur soulagée par le soulèvement du testicule
- Possible **hydrocèle réactionnelle**, gênant l'examen physique
- **TR** systématique : recherche d'une urétrite ou d'une prostatite associée

Formes particulières

- **Epididymite tuberculeuse** : le plus souvent bipolaire (queue et tête de l'épididyme), en « cimier de casque », tableau chronique/subaiguë, contexte de contage ou de BCG endovésical
- **Orchite ourlienne** : généralement résolution complète, risque de stérilité (si atteinte bilatérale)
- **Orchite médicamenteuse** à l'**amiodarone** : pour des doses > 200 mg/j, régresse à l'arrêt

PC

- **Syndrome inflammatoire biologique**
- **Echo-Doppler testiculaire** en cas de doute diagnostique ou de suspicion de complication (abcès) : œdème local, distension de l'épididyme, hydrocèle, prolifération vasculaire, recherche d'abcès
- **ECBU du 1er et du 2nd jet urinaire** : examen direct, culture et recherche PCR de *Chlamydia* et gonocoque
- **Hémocultures** : généralement négatives

TTT

➝ Hospitalisation envisagée si signes généraux sévères, surtout chez le sujet âgé, pour début de traitement parentéral

Antibio-thérapie

= Probabiliste, adapté au contexte : terrain, âge, atcds, écoulement urétral associé…

Suspicion d'IST

- **Ceftriaxone** 500 mg en 1 injection IM + **doxycycline** 200 mg pendant 10j
ou **azithromycine** 1g monodose
- Alternative : **ofloxacine** 200 mg x 2/j pendant 10 jours

Origine urinaire

- **Fluoroquinolone** en 1ère intention
- **Cotrimoxazole** en relai si souche sensible : de 14 jours à 4-6 semaines

Mesures associées

- **Suspensoir** ou **slip serré** (effet antalgique)
- **Repos au lit** les 1ers jours
- **AINS**
- En cas d'IST : abstinence sexuelle/préservatif, dépistage d'autre IST et de la partenaire
- Recherche de cause favorisante à distance de l'infection (surtout si récidivante/sujet âgé) : HBP, sténose urétrale, uropathie malformative

Complication

- **Abcès épididymaire/testiculaire** : fièvre élevée, douleur vive, **masse fluctuante**, risque de **fistule**
- **Evolution chronique** avec symptomatologie persistante
- **Ischémie testiculaire**, jusqu'à l'**infarctus**, la **nécrose**, ou l'**atrophie testiculaire**
- **Infertilité séquellaire**

➝ Chirurgie en cas de complication : **Drainage d'abcès**
Exérèse de zone de nécrose
Epididymectomie ou **orchi-épididymectomie** si lésion chronique mal contrôlée